In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









Mastopathies bénignes

Dr .ALILECHE

I- INTRODUCTION :

Définition:

• Le sein est la glande mammaire. Elle est sous influence hormonale et évolue avec l'âge et la vie de la femme.

• Les tumeurs bénignes du sein sont des dystrophies du tissu mammaire, de petits kystes ou nodules fibreux, qui ne sont ni inflammatoires ni cancéreux.

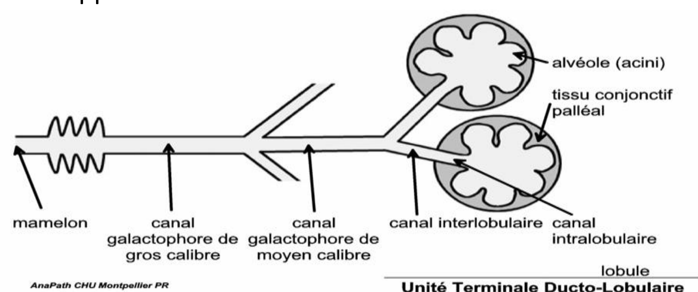
• Ces tumeurs peuvent évoluer vers un cancer et sont à ne pas négliger.

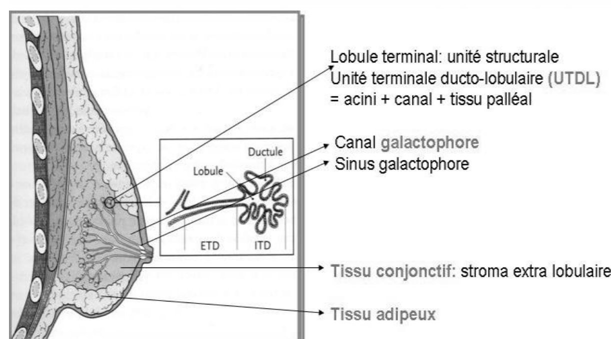
Rappel anatomique:

15 à 25 lobes drainés par un canal galactophore de gros calibre s'abouchant au mamelon

canaux galactophores

c'est au niveau de l'UTDL que la majorité des lésions va se développer.





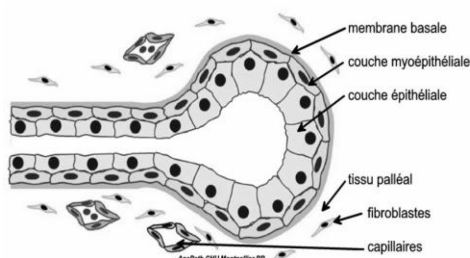
Rappel histologique:

variations physiologiques :

-cycle menstruel

-grossesse et lactation

-ménopause



Rappel physiologique:

Estrogènes : responsable des modifications majeures de la glande mammaire:

-Croissance et ramification canalaire

-Croissance du tissu conjonctif et vasculaire, accumulation du tissu adipeux

Progestérone : développement ductulo-lobulaire

II- PHYSIOPATHOLOGIE:

• Une tumeur bénigne se constitue dans un contexte d'hyper-oestrogénie , évolue en tissu fibreux, en kystes (par une prolifération galactophorique) ou en mastodynie (douloureux).

• Parmi ces tumeurs, existent les papillomes, les adéno-fibromes ou les pseudotumeurs et les tumeurs phyllodes.

Ces dernières sont particulièrement à risque de cancer.

Elles surviennent à l'âge adulte et sont très volumineuses.

Le grade 1 est bénin, le grade 2 est questionnant, le grade 3 correspond au sarcome phyllode et est donc un cancer.

III- SIGNES ET SYMPTOMES:

- La palpation montre une zone délimitée molle mais plus dure que le sein, indolore ,superficielle, constamment présente (quel que soit le moment du cycle).

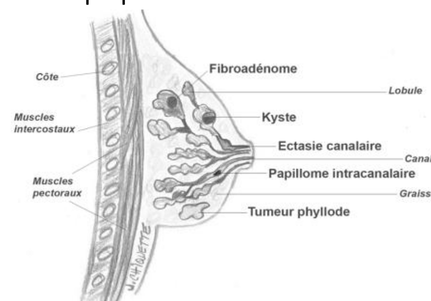
(Le mamelon peut parfois laisser échapper un léger écoulement clair et sanglant, à surveiller : biopsie, cytologie).

Cette masse peut devenir inflammatoire, éventuellement infectieuse (abcès).

- La surveillance de l'évolution de cette tumeur bénigne est importante.

- Le médecin s'intéressera aux antécédents gynécologiques, obstétriques et aux traitements hormonaux de la personne.

- Autopalpation +++



IV- LES LESIONS BENIGNES DU SEIN:

A – Mastites

B - Lésions "dystrophiques"

1- kyste:

-apparait svt en période pré menstruelle

-formation liquidienne à point de départ galactophorique

*macroscopie : Tm ronde, bien limtée, rénitente

*radiologie:

Mammographie : opacité arrondie bien limitée

Échographie : lacune anéchogène , bien limitée , avec renforcement post des échos

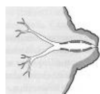
*cat:

Cytoponction : si gênant

Diagnostic (étude cytologique du liquide)

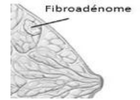
trt (affaissement du kyste)

2- Mastose fibro-kystique +++
-pathologie fréquente
-femme jeune, 35 - 50 ans
-mais plus svt en péri ménopause(hyper œstrogènie relative par insuffisance lutéale)
-mastodynies cycliques prémenstruelles
*macroscopie :
- placard mal limité, sensible
- disparition du tissu adipeux, aspect blanchâtre
- ± kystes de taille variable
- ferme mais non dure
*microscopie :
développée au dépend de l'UTDL
-Fibrose : fibrose péri et intra lobulaire
-Kyste : cavité bordée par un épithélium
-Adénose : augmentation du nombre de ramification
-Hyperplasie épithéliale : multiplication des cellules épithéliales bordant les canaux et/ou les lobules.
Ces 4 éléments peuvent s'associer dans des proportions variables:
=>Mastopathie bénigne non proliférante : fibrose, kyste
=>Mastopathie bénigne proliférante sans atypies : Hyperplasie épithéliale régulière
=>Mastopathie bénigne proliférante avec atypies : Hyperplasie épithéliale atypique
*Radiologie:
Mammographie : larges opacités floues (fibrose) +opacités kystiques
Echographie: ++++ kystes au sein de la fibrose
*cat:
Doute dc >> micro-biopsies pour confirmation histologique
Si non: trt progestatif (anti oestrogénique) en phase lutéale
*évolution:
Disparait svt après la ménopause.
3 – Gynécomastie :
Equivalent chez l'homme de la mastose fibro kystique.
La plupart des cancers du sein chez l'homme sont développés sur une gynécomastie.
4- Lésions des canaux galactophores:
Ectasie canalaire :
- Femme ménopausée
- Galactophores dilatés
- Réaction inflammatoire



Papillomes intra canalaires :
- Femme en pré ménopause
- Ecoulement mamelonnaire séreux ou sanglant
- Prolifération épithéliale avec axe conjonctivo vasculaire (papille au sein du canal galactophorique)
papillome solitaire : gros galactophore bénin
papillomes multiples : arbre galactophorique souvent associé à une mastopathie bénigne proliférante (forme maligne)
*cat: Exérèse du canal galactophorique pathologique (pyramidectomie) à double but:
- dc: différencier d'un carcinome intra canalaire
-TRT: arrêt de l'écoulement

C - Tumeurs bénignes
1 - Fibro-adénome: +++



- fréquent,
- tout âge, plutôt la femme jeune
- uni ou bilatéral, parfois multiple
*Macroscopie : tumeur bien limitée , ferme , non dur
*microscopie : prolifération bénigne épithéliale et conj
*l'exploration radiologique :
- mammographie (opacité homogène bien limité)
- échographie mammaire (lacune hypo-échogène homogène bien limitée sans cône d'ombre post)
>> confirme le diagnostic.
*Le traitement:
- soit une abstention chirurgicale (pas d'opération) au cas où le nodule ne serait pas gênant et de petit volume (inférieur à 3 cm), et que la femme est de moins de 30 ans sauf doute dc (histologie) ou gêne esthétique.
- soit une exérèse chirurgicale qui est la règle chez les femmes de > 30 ans ; elle consiste en l'ablation du nodule.
- La confirmation histologique est de règle: cytoponction, micro ou macro biopsies.
2 - Tumeur phyllode :
- Femme plus âgée
*Macroscopie : tumeur plus volumineuse, parfois mal limitée
*Microscopie : idem fibro-adénome mais avec composante conjonctive plus cellulaire
*Radiologie: idem ADF
* 3 types:
>> formes bénignes: grade I, risque de récidive
>> formes malignes : grade III: sarcome phyllode (métastase ++ surtout poumon +++)
>> formes intermédiaires : grade II, borderline , d'évolutivité incertaine
*Traitement: exérèse large passant en tissu sain
3- Hamartome : SEIN DANS LE SEIN:
- à tous âges , - lésion encapsulée reproduisant du tissu mammaire normal
*Macroscopie : Tm bien limitée, parfois volumineuse, d'autant plus molle qu'elle contient du tissu adipeux
*Radiologie : Echographie : opacité de même tonalité que le sein mais bien limitée
*cat: exérèse
D - Mastopathies bénignes à risque:
- Augmentation du risque de survenue d'un carcinome infiltrant associé à ces lésion est variable :
* Pas d'augmentation du risque :
. Mastopathie bénigne non proliférante
. fibroadénome
. papillome solitaire
* Légère augmentation du risque :
. Mastopathie bénigne proliférante sans atypies
. papillomes multiples
* Augmentation modérée du risque :
. Mastopathie bénigne proliférante avec atypies
! adapter la surveillance

V-EXAMENS COMPLEMENTAIRES:

A - Aspiration à l'aiguille fine :

➔ orientation diagnostique

B - Ponction à l'aiguille tournante (drill biopsie) ou tranchante (trucut)

C - Tumorectomie

- examen macroscopique :

* taille de la tumeur
* limites d'exérèse
* choix du (des) prélèvement(s) pour l'ex microscopique (± prélèvements pour les techniques spéciales)

- ± examen extemporané :

* permet d'adapter en cours d'intervention le geste chirurgical
* technique rapide mais grossière
* résultats limités :
  => caractère bénin ou malin
  => limites d'exérèse

D - Pièce d'exérèse pour microcalcifications sans nodule palpable: fréquentes en pathologie mammaire :

=> au cours de certaines mastopathies bénignes
=> au cours de certains cancers

E – Mastectomie

F - Curage ganglionnaire: nombre de ganglions

I-Mammographie

J-Echographie mammaire

VI- PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE ET SURVEILLANCE:

** Pathologies bénignes ne nécessitant ni exérèse chirurgicale ni surveillance:*

- Elles correspondent aux fibroadénomes chez les femmes jeunes, kystes, hamartomes, ectasie canalaire, macrocalcifications isolées, microcalcifications annulaires ou arciformes, semi-lunaires, sédimentées, et aux calcifications vasculaires.
- Aucun geste chirurgical, ni aucune surveillance particulière ne doivent être proposés à ces femmes porteuses d'une telle anomalie bénigne sans risque.

** Pathologies bénignes avec chirurgie d'exérèse recommandée, sans surveillance particulière :*

- Lorsque les prélèvements percutanés posent le diagnostic de papillome, cicatrice radiaire ou adénose sclérosante complexe: l'exérèse chirurgicale de l'image radiologique, visée par ces prélèvements, est recommandée.
- La pièce opératoire doit être parfaitement orientée, radiographiée avec analyse anatomopathologique
- A l'issue de la chirurgie, ces patientes ne nécessitent aucune surveillance particulière si le bilan morphologique complet de la pièce op n'a pas révélé de foyers atypiques ou carcinomateux.
- Les patientes bénéficiant d'un dépistage organisé ne doivent pas modifier le rythme de leurs examens.

** Lésions à risque nécessitant une décision chirurgicale et une surveillance:*

- Lorsque les prélèvements percutanés posent le diagnostic de lésion à risque, une zonectomie diagnostique est réalisée, permettant un bilan morphologique complet de la pièce opératoire à la recherche d'une éventuelle multifocalité lésionnelle, de la quantification de la charge néoplasique ou de l'association des territoires de carcinome in situ ou infiltrant.